

Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques de la rate

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille
Le Décembre 1942

PAR

Dominique LECA

Né le 7 Mai 1911 à Arbori (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. FIOLE
MOIROUD
POURSINES
RECORDIER

Président

Assesseurs

Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE

1 9 4 2

LECA (Dominique). —

Contribution à l'étude du traitement
des kystes hydatiques de la rate. —

Marseille, M. Leconte, impr., 1942

In 8°. 48 p.

Thèse, Médec., Marseille, 1942, n° 52

LECA (Dominique). —

Contribution à l'étude du traitement
des kystes hydatiques de la rate. —

Marseille, M. Leconte, impr., 1942

In 8°. 48 p.

Thèse, Médec., Marseille, 1942, n° 52

LECA (Dominique). —

Contribution à l'étude du traitement
des kystes hydatiques de la rate. —

Marseille, M. Leconte, impr., 1942

In 8°. 48 p.

Thèse, Médec., Marseille, 1942, n° 52

LECA (Dominique). —

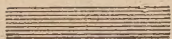
Contribution à l'étude du traitement
des kystes hydatiques de la rate. —

Marseille, M. Leconte, impr., 1942

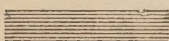
In 8°. 48 p.

Thèse, Médec., Marseille, 1942, n° 52

**Contribution à l'étude du traitement
des kystes hydatiques de la rate**



Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques de la rate



THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le Décembre 1942

PAR

Dominique LECA

Né le 7 Mai 1911 à Arbori (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM.	FIOLLE	{	<i>Président</i>
			MOIROUD		<i>Assesseurs</i>
			POURSINES		
			RECORDIER		

Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE
1 9 4 2

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL.

Assesseur : F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE,
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL



Professeurs

<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.</i>	CORNIL
<i>Bactériologie</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie analytique et hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique exotique</i>	HECKENROTH.
<i>Clinique des maladies nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique Médicale</i>	MONGES
<i>Clinique médicale infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique ophtalmologique</i>	JAYLE
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique urologique</i>	CHAUVIN
<i>Histoire naturelle</i>	N....
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène générale et coloniale</i>	VIOLE
<i>Médecine légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie Chirurgicale.</i>	MOIROUD
<i>Pharmacodynamie et Matière médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	N...
<i>Physique</i>	N...
<i>Thérapeutique</i>	POINÇO.
<i>Professeur sans chaire</i>	DUBOULOZ
<i>Professeur sans chaire</i>	SAUTET
<i>Professeur sans chaire</i>	POURSINES

Chargés de cours

<i>Clinique dermatologique</i>	VIGNE
<i>Hydrologie thérapeutique</i>	PIERI

Agrégés en exercice

MM.

BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM.

DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé

<i>Chimie médicale</i>	DERRIEN
<i>Physiologie</i>	DONNET

Chargés de Cours complémentaires

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique de la tuberculose</i>	BERTHIER
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Clinique chirurgicale infantile</i>	IMBERT
<i>Clinique stomatologique</i>	ACHARD
<i>Clinique gynécologique</i>	FIGARELLA
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie (Pharmacie)</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i> ..	ARNAUD
<i>Obstétrique</i> ..	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie (Pharmacie)</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548806_0044

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Son seul souci fut de nous orienter dans le droit chemin. C'est vers ce but que nous tendrons tous nos efforts.

Sa pensée est toujours présente dans notre cœur.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

Avec sa grande affection, elle nous a consacré toute une longue vie de labeur et de peine.

Sa perte fut pour nous une grande douleur.

A MA MERE

Sa vie est le symbole du sacrifice.
Son immense amour et son dévouement sublime sont pour moi les plus grands réconforts.

Vers elle vont toute ma tendresse et toute mon affection.

A MA SOEUR

Je lui dois trop et ne saurais jamais lui témoigner assez de gratitude pour tant de sacrifices et d'abnégation.

A MON FRERE

Avec toute mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

À Monsieur le Professeur FIOLE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur de
présider ce modeste travail.

Nous ne pourrons jamais assez lui
témoigner notre respectueuse recon-
naissance.

À NOTRE JURY DE THESE

Hommage de profond respect.

À NOS MAITRES



Au Docteur LUCCIONI
Croix de guerre 1939-40
Chef de Clinique Chirurgicale

Il nous a dirigé dans l'élaboration
de ce travail après nous en avoir
suggéré l'idée.

Qu'il veuille bien accepter ce faible
témoignage de notre profonde grati-
tude.

A mon ami le Docteur Jean MASPOLI

A Mon ami le Docteur François GERONIMI

A MES AMIS LES DOCTEURS

Laurent CASANOVA

Jean AGUZZI

Joseph MARANINCHI

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques de la rate sont peu fréquents. Ils viennent immédiatement après ceux du foie (70 %) et du poumon (10 %). Ils ne représentent que 4 % des cas, d'après Senevet et Witas, et 6,4 % pour Cignozzi. D'après Sabadini, il semble que l'Italie et l'Algérie soient les pays où l'on rencontre le plus fréquemment ces kystes hydatiques.

Le traitement a donné lieu à de multiples travaux et à de nombreuses controverses. Nous les citerons au fur et à mesure dans notre exposé. C'est surtout depuis une dizaine d'années que le traitement semble avoir évolué. Le principe du traitement chirurgical est actuellement définitivement admis. Son indication est permanente : tout kyste hydatique de la rate doit être opéré à tout moment de son évolution, sans autres contre-indications temporaires ou permanentes que celles qui sont posées par l'état général. Seule la méthode utilisée prête encore à discussion.

Si la majorité des auteurs dans ces dernières années, surtout les auteurs européens semblent s'orienter vers la splénectomie, quelques-uns se sont élevés contre la systématisation de cette méthode et remettent en honneur la marsupialisation, méthode préférée des chirurgiens sud-américains. En particulier Oulîé de Constantine Brun, de Nice Sabadini, d'Alger, réservent la meilleure place à cette chirurgie conservatrice.

Avant d'entreprendre l'étude de ce traitement, il importe de rappeler les principes universellement admis et qui dérivent de la connaissance de deux faits biologiques bien précis :

1° — La toxicité du liquide hydatique.

2° — Le potentiel de germination de ce liquide qui disséminé dans les tissus est susceptible de provoquer une échinococcose secondaire ; d'où découlent tous les principes thérapeutiques qui sont en vigueur pour toutes les autres localisations échinococciques à savoir :

a) La suppression de toute tentative de ponction.
b) La stérilisation du liquide hydatique, intrakystique, par une injection de liquide parasiticide (formal à 1 %).

b) La protection du champ opératoire.

À côté de ces faits biologiques, on doit retenir, pour l'établissement de la meilleure méthode, deux faits anatomiques importants :

1° — Le volume souvent énorme, parfois monstrueux du kyste.

2° — L'adhérence du kyste aux organes voisins qui limitent la loge.

En effet, comme l'a justement remarqué Sabadini, le kyste splénique s'extériorise rapidement et prend des adhérences très importantes et fixes sur l'estomac, le lobe gauche du foie, le colon, le diaphragme. C'était le cas chez notre malade.

Vouloir dans ces conditions pratiquer systématiquement l'exérèse de la rate, certes toujours possible, risque d'entraîner parfois des mécomptes sérieux. Enfin, il faudra tenir compte de l'évolution clinique du kyste :

Un kyste suppuré, avec mauvais état général, réclame une intervention simple, rapide, peu choquante, alors qu'un kyste simple, non compliqué peut permettre une intervention radicale.

Nous avons voulu montrer justement, par une importante observation personnelle et quelques autres caractéristiques, que la marsupialisation avait des indications bien précises et qu'elle méritait de garder une place de choix dans le traitement des kystes hydatiques de la rate.

Nous envisagerons donc successivement :

1° — Les méthodes.

2° — Les indications thérapeutiques.

3° — Les observations.

Les méthodes

LA PONCTION

Elle est à éliminer, même dans un but diagnostic et la possibilité d'une échinococcose doit faire rejeter la ponction d'une grosse rate.

Donc, qu'elle soit simple, ou suivie d'injection parasiticide, elle est définitivement abandonnée, car elle est dangereuse par le choc anaphylactique ou l'infection du péritoine qu'elle peut provoquer.

Nous retiendrons donc quatre méthodes :

- 1° — La marsupialisation.
- 2° — L'ablation du parasite suivie de fermeture immédiate.
- 3° — La résection du kyste.
- 4° — La splénectomie.



I — LA MARSUPIALISATION

Elle comprend l'évacuation du kyste, suivie de drainage.

SES INCONVENIENTS.

— On lui a fait plusieurs reproches :

- 1° — LA MÉCONNAISSANCE DES KYSTES MULTIPLES DE LA RATE.

Ce reproche n'est pas à retenir, car c'est d'abord une éventualité rare (Sabadini ne l'a rencontrée que 10 fois sur 200 observations).

D'autre part, elle n'empêche pas d'explorer le reste de l'organe et de traiter les autres kystes, s'ils existent, de la même façon, en marsupialisant séparément ou par l'intermédiaire de la poche principale, quand cela est possible.

2° — L'ÉTABLISSEMENT D'UNE FISTULE SUPPURANTE INTERMINABLE.

C'est évidemment la complication la plus importante à retenir. Certes, on a cité des observations de fistules durant un an et plus, et cependant, l'étude de cas plus récents semble montrer, grâce à l'amélioration de la technique, une diminution appréciable de la durée de la fistule. Dans 3 cas seulement Sabadini nota une durée de 7 mois et dans un cas, de 9 mois. Sur 85 marsupialisations réunies par cet auteur, la durée moyenne de la fistule a été de 2 à 3 mois. Elle a duré 3 mois et demi, chez notre malade.

3° — LA POSSIBILITÉ D'UNE ÉVENTRATION POST-OPÉRATOIRE.

Cette séquelle est rare si l'on prend la peine de refaire la paroi plan par plan, en ne laissant qu'un orifice de drainage juste suffisant pour permettre le passage d'un gros drain.

RESULTATS.

Sabadini, dans son ouvrage donne les résultats suivants :

- Avant 1881, la mortalité atteignait 60 %.
- En 1887, le pourcentage était de 30 %.
- En 1913, les statistiques de Parlavecchio donnent 17 % de mortalité pour la marsupialisation et 14,5 p. 100 pour la splénectomie.
- En 1924, Silvestrini donne 22 % de mortalité pour la marsupialisation, 18 % pour l'énucléation sans drainage et 16 % pour la splénectomie.

Sabadini, sur 85 marsupialisations trouve un pourcentage de mortalité de 9,4 %, alors que sur 68 splénectomies, la mortalité atteint 20,5 %.

D'autre part, il convient de remarquer dans l'étude de ces résultats que la marsupialisation est réservée aux cas graves : kystes suppurés, malades affaiblis, etc. Ce qui explique en grande partie, le chiffre relativement élevé de la mortalité.

Dans ces cinq dernières années, tous les cas qui ont été traités par la marsupialisation et dont nous avons pu avoir connaissance, ont eu des suites des plus aisées.

*
* *

II — L'ABLATION DU PARASITE SANS DRAINAGE

Préconisée en 1891 par Bond, elle a été vulgarisée en France par Pierre Delbet en 1895, qui y ajouta son procédé de capitonnage. Elle a été de nouveau préconisée par Brun et Oulie au V^e Congrès de la Fédération des Sciences Médicales en avril 1935.

L'intervention comprend les mêmes temps que la marsupialisation, c'est-à-dire l'évacuation du kyste après formolage, l'ablation de la membrane mère si possible, et la fermeture de la brèche kystique par une rangée de points de suture. Ce kyste est le plus souvent fixé à la paroi antérieure suivant le procédé de Llobet Varsi.

L'étude des résultats montre que les avantages prêtés à cette méthode sont plus théoriques que réels. Son but est en effet d'obtenir une guérison rapide par cicatrisation per primam et d'éviter ainsi la fistulisation interminable de la marsupialisation.

Tout d'abord cette méthode ne peut s'appliquer qu'aux kystes non suppurés, bien que quelques-uns l'aient utilisée dans ces cas.

Dans de nombreux cas, par ailleurs, la poche kystique, ainsi close a été le siège, soit d'un hématome, soit d'une suppuration nécessitant son évacuation par ponction, ou le plus souvent par ouverture de la poche.

Oulie, dans 4 cas, obtint une guérison après 2 mois, les 3 autres nécessitèrent, dans 2 cas une réouverture et dans un cas 13 ponctions successives en 3 mois. Sabadini sur 15 observations qu'il a réunies trouve un pourcentage de mortalité de 13,5 %.

*
* *

III — LA RESECTION

Opération théoriquement idéale, exceptionnellement réalisable, tant à cause de la rareté de son indication, que

par la difficulté technique qui se présente lorsqu'il faut parer par la suture à tout danger d'hémorragie.

Elle ne peut être entreprise que lorsqu'une condition anatomique spéciale se trouve réalisée :

— La pédiculation du kyste.



IV. — LA SPLENECTOMIE

A été pratiquée pour la première fois par Koeberlé en 1873.

Elle semble répondre à un double but :

1° — Ne laisser aucun kyste inaperçu.

2° — Parer aux accidents de suppuration et d'éventration post-opératoire.

SES INCONVENIENTS.

Elle supprime un organe important pour l'économie et qui peut continuer à fonctionner après l'ablation du parasite.

De nombreux examens histologiques ont en effet montré l'intégrité du parenchyme splénique non atteint par le parasite.

Elle est souvent difficile et pénible à réaliser à cause des adhérences fréquentes unissant la tumeur kysto-splénique aux organes avoisinants. Paroi antérieure, diaphragme, estomac, colon, etc.

Les résultats sont interprétés de façons diverses. Vanverts en 1897 trouvait une mortalité de 16,5 %, Fowler en 1911 donne un pourcentage de mortalité de 17 %. Sabadini, dans sa statistique a trouvé 14 morts sur 68 cas, soit 20,5 %.

D'ailleurs l'ensemble des chirurgiens de l'Argentine et de l'Uruguay n'admettent pas la splénectomie comme traitement systématique. Ils la réservent pour les kystes spléniques multiples non adhérents ou lorsque la rate est complètement détruite par un énorme kyste clair et non adhérent.

Cette opinion des chirurgiens les plus expérimentés en matière d'échinococcose est à retenir.

Indications thérapeutiques

Nous étudierons les indications thérapeutiques au cours des kystes simples et des kystes compliqués.

— I —

1° — LES KYSTES SIMPLES

On distingue plusieurs formes cliniques :

— Les kystes clairs ou multivésiculaires petits sont justiciables de l'ablation du parasite avec fermeture immédiate et fixation à la paroi abdominale.

— Si les kystes sont volumineux et libres, ayant détruit la presque totalité de l'organe, ils relèveront de la splénectomie, si celle-ci ne s'avère pas trop laborieuse.

— Les kystes multivésiculaires et adhérents relèvent, eux, de la marsupialisation.

* * *

2° — LES KYSTES SUPPURES

Quel que soit leur volume, ils relèvent tous de la marsupialisation.

Pour éviter les menaces d'éventration, il sera utile de réduire au maximum l'orifice du kyste de telle sorte qu'il donne juste passage à un gros drain et de refaire soigneusement la paroi plan par plan, au-dessus du kyste fixé à la paroi.

3° — LES KYSTES CALCIFIÉS

Ils relèvent eux aussi de l'intervention. Si la décortication a été parfois employée, elle doit être définitivement rejetée à l'heure actuelle. Cette opération qui consiste à enlever le kyste en bloc en le séparant du tissu splénique est très dangereuse du fait des hémorragies qui peuvent survenir, soit précocement, soit dans les suites opératoires, alourdisant ainsi gravement le pronostic.

Elle est, par ailleurs, difficile à réaliser, car dans l'immense majorité des cas, le kyste fait corps avec le parenchyme splénique sans aucun plan de clivage.

Et c'est encore la marsupialisation qui sera le plus souvent indiquée, surtout si l'on y joint l'excochléation qui consiste, le kyste étant ouvert, à en décaper la paroi.

■
* *

4° — LES KYSTES PEDICULES

Quoique la pédiculation d'un kyste soit une éventualité fort rare, lorsqu'elle se présente, elle sera justiciable de la résection, à condition toutefois qu'elle soit d'exécution facile, car, si des adhérences trop nombreuses ou trop importantes fixaient le kyste à un organe ou à la paroi, la marsupialisation reprendrait tous ses droits.

— II —

LES KYSTES COMPLIQUÉS

Ils relèvent d'un traitement chirurgical d'urgence.

« La constatation d'une hydatidémèse, d'une hydatidémie ou d'une vomique hydatique est une indication à opérer d'urgence. Les ouvertures spontanées, en effet, ne guérissent pas le kyste (Sabadini).

L'intervention consiste à marsupialiser le kyste, en obéissant aux règles actuellement admises pour le traitement des kystes hydatiques hépatiques ouverts spontanément.

Technique opératoire

Nous n'insisterons que sur quelques points techniques particuliers.

LA VOIE D'ABORD

De toute évidence, c'est la voie abdominale qui doit être utilisée. Elle seule permet une exploration complète de la loge splénique.

Quant à l'incision à utiliser, elle dépend en grande partie du siège et du développement du kyste.

Si le kyste est peu volumineux et ne paraît pas compliqué à l'examen clinique, on peut utiliser la voie de Lecène qui est la moins délabrante pour la paroi.

L'incision transversale lombaire du Professeur Fiolle peut trouver certaines indications dans les kystes du pôle inférieur ou si on se trouve en présence d'une splénomégalie un peu volumineuse.

Si le kyste paraît très volumineux et compliqué, laissant prévoir par l'examen clinique des adhérences nombreuses, il faut utiliser une voie large, surtout si on se décide pour une splénectomie.

L'incision sous-costale de Kocher, modifiée par Constantini ou encore l'incision de Rio Branco, semblent répondre le mieux aux exigences de la technique opératoire.

Quant aux différents temps opératoires de la splénectomie, ils obéissent aux règles communes. Ils n'offrent rien de particulier si ce n'est, nous le répétons, les diffi-

cultés inhérentes aux adhérences particulièrement fréquentes dans les kystes hydatiques compliqués.

De même, la marsupialisation obéit ici aux mêmes règles que pour les autres localisations de l'échinococcose.

Observations de kystes hydatiques marsupiolisés et guéris

OBSERVATION N° I

Due à l'obligeance du Docteur Luccioni

Mme Bom... 45 ans.

Se plaint depuis février 1940, d'une douleur à l'hypochondre gauche, d'amaigrissement et d'un état fébrile. Température oscillante les premiers temps : 37°5 et 38°, avec par moment des clochers à 40°, d'une durée de 24 heures.

Un séro-diagnostic T.A.B. et une hémoculture ont été négatifs.

Une numération et une formule leucocytaire, pratiquées à cette époque montre une anémie hypochrome légère, avec 4.000.000 de globules rouges et un taux normal de globules blancs, sans déviation notable de la formule.

Globules rouges.. ..	4.000.000	Globules blancs.. ..	6.800
hématies nucléées ..	néant	polynucléaires :	
» granuleuses ..	d°	neutrophiles	62,5
anisocytose	d°	eosinophiles	2,5
poikilocytose.. .. .	d°	basophiles	0,5
polychromatophilie :	d°	monocytes	6
hémoglobine	74	lymphocytes.. .. .	26,5
valeur globulaire ..	0,92	formes de transition..	2

Absence de formes anormalement présentes dans le sang circulant.

Cet épisode s'estompa progressivement et la malade reprit de l'embonpoint, les douleurs diminuèrent et la température redevint normale.

Reprise des accidents en Septembre 1941. Température oscillant les premiers jours entre 37°5 et 38°, puis présentant tous les 1 ou 15 jours environ, un clocher à 40°. A partir de la fin d'Octobre, la température présente des oscillations plus fréquentes entre 38°5 et 40°, puis, vers la mi-décembre, la température se maintient en plateau à 38°. Pendant ce temps, l'amaigrissement est redevenu considérable, les douleurs ont réapparu dans l'hypocondre gauche et se maintiennent d'une façon à peu près continue, avec des exacerbations fréquentes. La malade fut traitée au début par un de ses médecins pour un Kala-Azar. En effet, elle présentait depuis plusieurs mois, une volumineuse splénomégalie. Une formule hémoleucocytaire pratiquée en Septembre 1941 donna les résultats suivants :

Absence de formes anormalement présentes dans le sang circulant.

La recherche du parasite dans le sang a donné les résultats suivants :

Globules rouges.. ..	3.720.000	Globules blancs.. ..	4.900
hématies nucléées ..	néant	polynucléaires :	
» granuleuses	d°	neutrophiles	58
anisocytose	d°	eosinophiles	7
poikilocytose.. .. .	d°	basophiles	1
polychromatophilie .	d°	monocytes	3,5
		formes de transition..	1,5

Sur les frottis colorés par le May-Grunwald-Giemsa, absence de parasites.

La réaction de Casoni est négative. La réaction de Takata Ara et le formoleucogel négatifs. L'examen des urines n'avait rien montré d'anormal.

L'examen radiographique des poumons pratiqué à cette époque a montré l'absence de lésions pulmonaires. Une pleurésie gauche remontant à plusieurs années a laissé comme séquelle une parésie de l'hémi-diaphragme gauche et une diminution du cul-de-sac pleural correspondant.

La malade a subi entre temps un traitement contre le Kala-Azar dont nous n'avons pu connaître la composition. Son état empirant chaque jour, la malade est revue à plusieurs reprises par divers médecins consultants qui

s'arrêtent en définitive au diagnostic de sarcome de la rate. Elle subit alors un traitement de radiothérapie profonde, échelonné sur une quinzaine de séances et dont nous n'avons pu connaître les doses pratiquées. Ce dernier traitement a eu pour résultat d'aggraver d'une façon considérable l'état général de cette malade.

Nous sommes appelés à l'examiner à cette époque. Nous nous trouvons en présence d'un état général très précaire. La température oscille régulièrement entre 37°5 le matin et 39°5 le soir, l'amaigrissement déjà marqué s'accroît à vue d'œil, les douleurs dans l'hypocondre gauche sont continues et plus violentes, nécessitant parfois un traitement opiacé, des vomissements bilieux et même alimentaires apparaissent de temps à autre, et il n'y a ni constipation, ni diarrhée, ni mœlena. La malade, très affaiblie, présente de temps à autre des syncopes.

À l'examen, nous trouvons une volumineuse splénomégalie atteignant en avant la ligne médiane et vers le bas, la crête iliaque. La palpation est très douloureuse, la rate paraît comme bosselée et en certains points on semble percevoir de la fluctuation. Le foie paraît normal et il n'y a pas d'ascite ; pas de tumeur perceptible dans le reste de l'abdomen, les reins ne sont ni palpables, ni douloureux, la radiographie du thorax montre l'absence de lésions pulmonaires en dehors d'une obscurité du cul-de-sac pleural, séquelle d'une pleurésie ancienne, le médiastin est clair. L'examen des urines pratiqué à ce moment ne décèle rien d'anormal.

Une formule leucocytaire donne les résultats suivants :

Globules rouges..	2.920.000	Globules blancs ..	3.000
hématies nucléées ..	néant	polynucléaires :	
» granuleuses ..	d°	neutrophiles ..	65
anisocytose ..	d°	eosinophiles	11,5
poikilocytose ..	d°	basophiles ..	0
polychromatophilie .	d°	monocytes ..	6
hémoglobine ..	56	lymphocytes..	16
valeur globulaire ..	0,95	formes de transition ..	1,5

Absence de formes anormalement présentes dans le sang circulant.

Malgré la réaction de Casoni négative, nous pensons à un kyste hydatique de la rate d'autant plus que la dernière formule leucocytaire montre une augmentation des éosinophiles (11,5 %) ou à une suppuration de la rate d'origine indéterminée qui seule nous semble susceptible d'expliquer cette température à oscillations présentée par la malade.

On décide d'intervenir. Au préalable, étant donné l'état précaire de la malade, on pratique 3 transfusions de 200 cc. en changeant chaque fois de donneur. Le donneur était toujours du groupe universel. A chaque transfusion, la malade subit un choc considérable avec température à 41°, pouls rapide, incomptable et syncopes fréquentes. On profite d'ailleurs de cette expectative pour instituer un traitement sulfamidé, la malade absorbant 12 grammes de Dagénan en 4 jours. La température tomba vers le début janvier, pour se maintenir presque en plateau aux environs de 38°, 2, 38°, 4.

La malade est opérée le 10 janvier 1942 par le Dr Lucioni. Anesthésie générale à l'éther. Incision sous-costale gauche de Kocher. Dès l'incision du péritoine, on trouve une splénomégalie occupant tout l'hypocondre gauche et descendant jusqu'à la fosse iliaque. Elle est adhérente sur tous les côtés à l'estomac, au colon, au diaphragme. L'exploration du foie montre l'absence de toute localisation hydatique. Une ponction ramène du pus, et l'incision donne issue à un pus fétide et rempli d'une multitude de vésicules hydatiques. On évacue à l'aspiration plus de trois litres de pus. On extirpe une douzaine de vésicules hydatiques du volume d'une grosse orange et l'état de la malade devenant inquiétant, on marsupialise le plus rapidement possible. Fermeture de la paroi en un temps. Les suites opératoires ont été excellentes, l'état général s'est amélioré, la malade reprit des forces et de l'embonpoint, mais la température se maintenait toujours à 38°. La poche kystique était vidée journellement par l'aspiration électrique. Vers le 10 février, la température redevint oscillante, avec quelques clochers à 39° ne cédant pas au traitement sulfamidé.

On réintervint le 26 février.

Anesthésie générale à l'éther, débridement de l'orifice de marsupialisation en repassant par la première incision

sous-costal^e. Ne pouvant pratiquer une splénectomie par suite des adhérences serrées et innombrables on se contenta de pratiquer une kystectomie qui fût d'ailleurs facilitée par la rétraction de la membrane anhiste qui s'était calcifiée et qui flottait en quelque sorte dans la vaste cavité marsupialisée.

Drainage de la poche, et fermeture de la paroi en deux plans. L'opération fut terminée en une demi-heure sans difficultés et malgré cela la malade fut très choquée : le choc opératoire se dissipa dès le lendemain. La température resta oscillante pendant une dizaine de jours, puis redevint définitivement normale, l'état général s'améliora progressivement et la malade quittait la clinique le 30 mars définitivement guérie.

La fistule qui suintait encore se ferma complètement en Mai.

OBSERVATION II

SABADINI : Les kystes hydatiques de la rate, Masson 1936.
Double kyste hydatique de la rate.

Femme de 52 ans, opérée trois ans auparavant pour un kyste hydatique du lobe gauche, présentant une volumineuse splénomégalie descendant jusque dans la fosse iliaque gauche et atteignant presque la ligne médiane en dedans. Existence d'un gros kyste de la grosseur d'une balle de tennis au niveau de la cicatrice thoracique. La réaction de Weinberg et la cuti-réaction de Casoni sont positives.

Intervention le 22 juillet. Anesthésie à l'éther. Incision sous-costale gauche, parallèle au rebord chondral et se recourbant en bas vers la fosse iliaque gauche. Le péritoine ouvert, l'abdomen baille largement et la rate apparaît volumineuse envahissant la fosse iliaque.

A sa partie inférieure apparaissent deux kystes, séparés par un intervalle de tissu splénique de 3 à 4 cm. environ et paraissant sain.

On essaie de libérer la rate. Cela est tout à fait impossible, sans dégâts, car elle est d'une part très adhérente à l'estomac et à l'angle colique gauche et d'autre part au diaphragme. La splénectomie est tout à fait impossible d'autant plus que l'état précaire de la malade, n'autorise pas d'opération importante.

Par conséquent on marsupialise.

Barrage autour de la cavité abdominale avec des champs et autour des kystes avec des compresses formolées. Ouverture de chaque kyste et aspiration qui retire une grande quantité de liquide purulent et des vésicules. Les kystes sont vidés, les cavités sont formolisées et asséchées. Les deux membranes mûres sont enlevées. Il subsiste alors deux cavités considérables, mais séparées par une épaisse couche de tissu splénique sain. Chacune des poches est marsupialisée à la paroi. On met en place un drain dans chaque kyste et la paroi est fermée en 2 plans.

Suites opératoires : normales.

Suppuration pendant 2 semaines, qui se tarit ensuite facilement. La malade sort le 15 septembre, complètement guérie.

OBSERVATION III

XANTHOPULIDES. *Zentralbl. f. chir.* 67, p. 252-257. Février 40. B.S. — *Femme de 34 ans, 5 enfants ;*

antécédents : paludisme.

A remarqué depuis un an, une grosseur apparaissant de temps en temps sous le rebord costal gauche. A peine aperçoit-on au niveau de l'hypocondre gauche une voussure hémisphérique qui ne suit pas les mouvements respiratoires. On sent sous la main une tumeur élastique limitée par un bord arrondi, n'atteignant pas la ligne médiane. En bordure de la tumeur, on croit percevoir la rate. Ailleurs, elle n'est pas perceptible.

L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal. L'intradermo réaction de Casani est positive. La réaction de Weinberg est négative. L'éosinophilie est à 4 %.

Radiographie. — Les deux coupoles diaphragmatiques sont au même niveau. Les mouvements de l'hémidiaphragme gauche sont diminués.

Opération. — Au pôle inférieur de la rate se trouve un kyste de la grosseur d'une tête de fœtus. Nombreuses adhérences avec les organes voisins (estomac, diaphragme, etc.) Après protection du champ opératoire par des compresses, on ponctionne et on retire 1.400 cc. de liquide clair. On enlève la membrane mère. On marsupialise.

Les suites opératoires sont normales. La malade se rétablit sans complication. La fistule se ferme au bout de 3 mois.

OBSERVATION IV

Thèse WAROT. — Kyste hydatique volumineux de la rate.

Malade indigène, présentant une volumineuse tumeur occupant le flanc gauche et donnant une matité continue commençant en bas de la crête iliaque gauche, s'étendant à deux travers de doigt à droite du sternum et ayant sa limite supérieure au bord inférieur de la 2^e côte gauche.

Malgré tout l'état général était intact. L'examen des urines ne décèla rien d'anormal. Température 38°,5.

Bientôt apparurent des tiraillements douloureux et de la pesanteur obligeant le malade à garder le décubitus latéral gauche. L'examen du sang donna les résultats suivants :

Globules rouges	4.300.000
Globules blancs	9.000
Polynucléaires	71 %
Mononucléaires	11 %
Lymphocytes	12 %
Eosinophiles	6 %

Diagnostic : kyste hydatique de la rate.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision verticale dans la région du flanc gauche au point le plus saillant de la tumeur. Après incision de la paroi, le péritoine étant protégé par des compresses, la poche est ponctionnée.

Marsupialisation : guérison en trois mois.

OBSERVATION V

Mme B... Sans antécédents personnels ni héréditaires, pas de paludisme, pas de maladie infectieuses.

Ressent dans le côté gauche depuis un an et demi une sensation de pesanteur et quelques douleurs fugaces. Il y a seulement un mois qu'elle a remarqué une grosseur siégeant au dessous du rebord costal, un peu à gauche du foie. En même temps augmentation des tiraillements et des douleurs. Depuis 4 à 5 jours, ces dernières sont devenues très vives, lancinantes. La malade a des nausées. L'essoufflement dont elle souffre depuis quelques temps va en augmentant.

L'examen fait constater sur le côté gauche une voussure soulevant les dernières côtes et le flanc. La palpation permet de constater à ce niveau une tumeur sous-jacente s'étendant en bas, jusque dans la fosse iliaque, en dedans jusqu'à l'ombilic. Elle est mâte à la percussion, dans toute son étendue. En haut sa matité se continue avec celle du cœur qui est déplacé, et dont la pointe bat dans le 3^e espace intercostal, à deux doigts du bord gauche du sternum.

L'espace de Traube est considérablement diminué. L'examen du sang révèle :

Polynucléaires	61,4 %
Mononucléaires	30,1 %
Lymphocytes	1,8 %
Eosinophiles	6,4 %

Intervention le 3 août.

Incision parallèle au rebord des fausses côtes. On découvre la poche kystique qui suit les mouvements du diaphragme. Le péritoine protégé par des compresses, on ponctionne. Il s'écoule environ 2 litres de liquide eau de roche.

On marsupialise et on draine.

Suites opératoires normales : le 17 octobre, la malade sort guérie.

OBSERVATION VI

DARAIGNEZ (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*,
Sept. 1902).

Jean B..., dix-neuf ans, sujet peu vigoureux, porte sous les fausses côtes gauches, une tumeur arrondie, fluctuante, indolore, développée depuis six mois environ. Elle suit tous les mouvements du diaphragme et paraît continuer sa matité avec celle du bord gauche du foie.

Diagnostic : kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Laparotomie. On tombe sur un kyste développé en plein tissu splénique semblant assez près de la capsule.

Incision au bistouri au point qui semble le plus nettement fluctuant. On traverse un bon centimètre de tissu splénique avec une hémorragie assez abondante.

Suture assez laborieuse des lèvres de l'incision à la paroi.

La rate se laisse déchirer par les fils. Drainage.

La poche vient au 10^e jour et la guérison est complète au 30^e jour.

OBSERVATION VII

BERGER H. (dans Sabadini).

Homme de 32 ans. — Depuis 2 ans apparition de douleurs dans la région splénique qui surviennent à peu près toutes les 6 semaines, par crises et se maintiennent 3 à 4 jours, quand elles sont le plus intense. Sensation de compression et d'élancements. Léger ictère. Une fois constipation de 14 jours.

Diagnostic : Echinococcose splénique.

A l'examen tumeur volumineuse dépassant le niveau de l'ombilic, déformant la base thoracique : surface bosselée, immobile, léger frémissement, aucune douleur à la pression. La paroi abdominale est souple partout.

Examen radiologique.

L'estomac se trouve fortement repoussé à droite par la rate. Péristaltisme satisfaisant. A l'examen sanguin : forte éosinophilie : 10 %.

Opération. — Incision transversale gauche : grosse tumeur de coloration blanchâtre. La tumeur se laisse délimiter en dehors. La rate non augmentée se trouve à sa place normale. A l'exception du pôle supérieur, elle est libre et se trouve aplatie contre la tumeur sur sa face externe. Adhérences au diaphragme à la paroi abdominale postérieure, à l'intestin. La tumeur est suturée avec le péritoine pariétal postérieur. Deux jours après incision de la paroi kystique suturée au thermocautère.

Evacuation de liquide jaunâtre et d'une grande quantité de vésicules.

Guérison sans incidents, seulement les premiers jours après l'opération, il y eut une fièvre vespérale modérée.

Guérison en 4 mois.

CONCLUSIONS

Le traitement des kystes hydatiques de la rate est dominé par le fait que le diagnostic est posé tardivement dans la grande majorité des cas. Le tableau clinique en effet, est au début réduit à peu de signes : la rate étant un organe sans canaux, le kyste se développe dans une région muette et passe longtemps inaperçu. Au moment où il se manifeste, c'est en général un vieux kyste très volumineux et très adhérent.

Les procédés biologiques joints à l'examen radiographique peuvent, il est vrai, dans certains cas, déceler un kyste splénique au début de son évolution, mais même un diagnostic précoce ne renseigne nullement sur le degré d'atteinte de l'organe et le choix de la méthode ne sera donc possible en définitive qu'à l'intervention.

Il semble toutefois que le plus grand nombre de cas soit justiciable de la marsupialisation : kystes adhérents, kystes complexes multivésiculaires, kystes suppurés.

Les petits kystes clairs seront traités par l'évacuation suivie de fermeture immédiate.

Quant aux méthodes d'exérèse, elles ne trouveront que de rares indications : gros kystes clairs et kystes multiples, non adhérents ou ayant détruit tout le parenchyme splénique. Les kystes pédiculés, éventualité rare, relèveront eux, de la résection.

Lu et approuvé

Le Président de Thèse,

FIQLE

Vu et approuvé

Le Doyen

L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer

Aix, le 13 Décembre 1942

Le Recteur

MARTINO



Bibliographie

- DÈVE F. — L'échinococcose splénique considérée du point de vue pathogénique. La question des kystes hydatiques multiples de la rate. *Rev. de Path. comparée*, 36, 352-367. Mars 1936.
- SABADINI L. — Les kystes hydatiques de la rate. Masson, 1936.
- SICHET P., BUMBACESCU H. et PREOTESOIU. — Suppurating hydatid Cyst of spleen perforating into-stomach. *Clij. méd.* 17, 160-165, 1er mars 1936.
- ARENAS N. et GONIE. — Quiste hidatico calcificado del bazo. *Semana médica*, 1, 1303-1309, 23 avril 1936.
- FERRARI R.-C. — A proposito della classificazione de Ivanissevich de los equinococos del bazo. *Semana medica*, 2, 648-652, 3 septembre 1936.
- VELASCO SUAREZ C. et PAULOVSKY A. — Hidatidosis pulmonar multiple. A proposito de dos observaciones (hidatidosis hepatica multiple y quiste hidatico del bazo). *Bol. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 20, 456-472, 1er juillet 1936.
- PAVLOVSKY A. — Quiste hidatico primitive del bazo. Neumoperitoneo. Incision de Arce. Esplenectomia. *Bol. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 20, 298-305, 3 juin 1936.
- ZOLOTARER A.-S. — Echinococcosis of spleen. *Sovet Khir.* 3, 447-453, 36.
- MIRIZZI P.-L. — Kystes hydatiques de la rate. Splenectomie. *Presse médicale* 45, 684-685, 5 mai 1937.
- PERRAS T. — Hämaturie bei extrarenalem tumor. *Deutsch Ztschr. f. chir.*, 249, 657-661, 38.
- FERRARI R.-C. — Echinococcosis del bazo. *Dia médico*, 10, 679-683, 25 juillet 1938.

- MONGES J., POURSIDES Y., RECORDIER A.-M. et MONGES M. — Kystes multiples du foie et de la rate, avec echinococcose péritonéale. *Marseille-Médical*, 8 mars 1939.
- ROMANO N., EXHERABIDE R.-A. et PAMPLIEO A. — Quistes calcificado del bazo. *Rev. A. Soc. Med. Argent.* 52, 772-776, Août 1938.
- GIORDANO G. et BOCCIONI-GIORDANO M. — Echinococcosi localizzazione epatica e splenica (contributo iconografico). *Bull. de Sc. med. Bologna*, 110, 150-157, Mai 1938.
- BOURDE Y. — Echinococcose hépato splénique. *Revue Médic. chir. des mal. du foie, du pancréas et de la rate*, n° 13, 290-296. Juillet 1938.
- LEVIN R.-I. — Rupture of echinococcosis spleen ; case *Vestnik Khir.* 55, 486, Avril 1938.
- SCHENA A.-T. — Quiste hidatico del bazo. Consideraciones técnicas-quirúrgicas. *Prensa médica argent.* 25, 1848-1858, Oct. 1938.
- THIKODEEV S.-M. — Roentgen diagnosis of echinococcosis of spleen. *Novy Khir. Arch.* 43, 76-79, 39.
- GOINARD P. — Pathologie chirurgicale de la rate. Masson, 1939.
- KLASSEN I.-I. — Case of echinococcosis of spleen. *Vrach. dela* 21, 169-172, 39.
- MITROFANOV P.-P. — Case of echinococcosis of spleen. *Vestnik Khir.* 38, 50-51, Juillet 39.
- XANTHOPULIDES A. — Drei fälle von echinokokkencysten in der Miltz. *Zentralbl. f. chir.*, 67, 852-257, 10 fév. 1940.
- REPETTO E. — Contributo clinico allo studio delli cisti di echinococco della milza. *Rev. d. chir.* 6, 69-79, Février 1940.

Pour les travaux antérieurs à 1936, voir bibliographie dans SABADINI.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
